

Anamnesebogen

hausärztliche Erstvorstellung

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Sonstige behandelnde Ärzte (*Name, Fachrichtung*):

Sozialanamnese:

Nicht berufstätig selbstständig Schüler/Ausbildung

Elternzeit Beschäftigt in Vollzeit Beschäftigt im Schichtdienst

Rentner Beschäftigt in Teilzeit

Beruf: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet

Kinder: _____

Wohnsituation: alleinlebend mit Familie
 betreutes Wohnen Seniorenwohnheim

Sportliche Aktivitäten: _____

Erkrankungen:

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

seit wann? Nähere Angaben

Bluthochdruck	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Schlaganfall	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Zuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Lebererkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Hauterkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Thrombose o. Lungenembolie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Augenerkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____

Krankenhausaufenthalte:

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus?

ja nein *Wenn ja, warum und wo?* _____

Operationen *(bitte erläutern)*:

Herz _____

Bauch _____

Gefäße _____

Wirbelsäule _____

Sonstige: _____

Bitte bringen Sie die letzten Entlassungsberichte der Krankenhausaufenthalte mit.

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit!

Vielen Dank für Ihre Mühe und Kooperation!

Ort, Datum

Unterschrift